

SKIEROWANIE NA BADANIE ŚRÓDOPERACYJNE

Oznaczenie jednostki zlecającej



SPECJALISTYCZNY SZPITAL WOJEWÓDZKI W CIECHANOWIE
00000007323
Centrum Lecznictwa Szpitalnego w Ciechanowie
Zakład Patomorfologii- 07
Kod VII- 192, kod VIII- 7300
06-400 Ciechanów, ul. Powstańców Wielkopolskich 2
tel. 23 673 03 30
NIP 566-10-19-200, REGON 000311622

FORMULARZ WYPEŁNIAĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI. WŁAŚCIWE POLE ZAZNACZYĆ X.

DANE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PACJENTA:

PŁEĆ:

- KOBIETA
 MĘŻCZYŻNA

PESEL

lub data urodzenia

dzień

mieсяc

rok

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

DANE ADRESOWE PACJENTA:

(wypełnia lekarz zlecający)

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

(Wypełnia lekarz zlecający, w przypadku, gdy pacjent jest małoletni, całkowicie ubezwłasnowolniony lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody):

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO:

PŁEĆ:

- KOBIETA
 MĘŻCZYŻNA

PESEL

lub data urodzenia

dzień

mieсяc

rok

Dokument stwierdzający tożsamość (w przypadku braku PESEL):

KRAJ

KOD POCZTOWY

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA

NR BUDYNKU

NUMER MIESZKANIA

CZY PACJENT MA WCZEŚNIEJSZE ROZPOZNANIE CYTO- LUB HISTOPATOLOGICZNE?

TAK, wcześniejsze rozpoznanie:

NIE

CZY PACJENT BYŁ PODDANY WCZEŚNIEJSZEJ CHEMIO- lub RADIOTERAPII?

TAK

NIE

ISTOTNE DANE KLINICZNE, WYNIKI DODATKOWYCH BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, DZIAŁANIE CZYNNIKÓW ZEWNĘTRZNYCH AKTUALNIE STOSOWANE LECZENIE:

wg ICD 10 (5 znaków)

INFORMACJE DOTYCZĄCE POBRANEGO MATERIAŁU:

(wypełnia lekarz zlecający)

NUMER POJEMNIKA	RODZAJ MATERIAŁU	LOKALIZACJA ANATOMICZNA ZMIANY	TYP ZABIEGU	DODATKOWE DANE	METODA UTRWALANIA
1.					<input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY
2.					<input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY
3.					<input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY
4.					<input type="checkbox"/> NIEUTRWALONY

DATA I GODZINA POBRANIA MATERIAŁU:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	godziny		minuty

LICZBA POJEMNIKÓW:

DATA I GODZINA UTRWALENIA MATERIAŁU:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	godziny		minuty

OZNACZENIE LEKARZA ZLECAJĄCEGO:

DATA WYSTAWIENIA SKIEROWANIA:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	godziny		minuty

WYPEŁNIA LABORATORIUM:

DATA I GODZINA OTRZYMANIA MATERIAŁU DO BADAŃ:

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	:	<input type="text"/>
dzień		miesiąc		rok	godziny		minuty

PRZYJĄŁ: